

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

471

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

LE GALL Pierre

né le 8 janvier 1911 à Brest (Finistère)

Erythème Marginé Rhumatismal

PRÉSIDENT : M. ROBERT DEBRÉ, *Professeur*

IMPRIMERIE PROVINCIALE DE L'OUEST

14, Rue du Pré-Botté
RENNES

1937

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

LE GALL Pierre

né le 8 janvier 1911 à Brest (Finistère)

Erythème Marginé Rhumatismal

PRÉSIDENT : M. ROBERT DEBRÉ, *Professeur*

IMPRIMERIE PROVINCIALE DE L'OUEST
14, Rue du Pré-Botté
RENNES

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	MAURICE VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte..	BEZANÇON.
Cardiologie clinique	MATHIEU.
	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri ...	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES...	Pathologie. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL	....	Obstétrique.
LAROCHE	Guy	Pathologie médicale.
LELONG	.....	Pathologie médicale.
LEMAIRE	.....	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	.....	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	.....	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	....	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	.....	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	.....	Pathologie médicale.
MOREAU	.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET	..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	.....	Pathologie médicale.
OBERLING	.....	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	.....	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	....	Médecine légale.
PORTES	.....	Obstétrique.
RENARD	.....	Ophthalmologie.
RICHET	.....	Physiologie.
SANNIÉ	.....	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	.....	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	.....	Pathologie expérimentale.
TURPIN	.....	Pathologie médicale.
VIGNES	.....	Obstétrique.
WILMOTH	.....	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS..... Pathologie chirurgicale.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
PHILIBERT Bactériologie.
VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.....	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.		VELTER	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE,

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

A MA FEMME,

AUX MIENS,

A MES AMIS.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRÉ.

qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE,

LE PROFESSEUR PELLÉ.

avec toute notre reconnaissance.

A TOUS NOS PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

INTRODUCTION

Parmi les nombreuses formes cliniques et complications du rhumatisme articulaire aigu, qui ont été décrites, il en existe une assez rare, surtout en France, où cependant, la maladie rhumatismale est extrêmement fréquente : c'est l'érythème marginé rhumatismal.

Presque tous les cas observés jusqu'ici ont été l'apanage de l'enfance; or, il nous a été permis d'observer dans le service du Professeur Pellé, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, un homme âgé de trente-trois ans atteint de cet érythème.

L'état du malade, qui, au début était très alarmant, s'est ensuite amélioré considérablement, et, huit mois après le début de son affection, il est sorti guéri.

Les observations, publiées en France dans les travaux de Debré, sur la présence fréquente d'un streptocoque dans l'érythème annulaire rhumatismal, et dans ceux de Grenet, ont montré que dans tous ces cas, la maladie a revêtu une forme grave et très souvent mortelle.

C'est surtout Besnier qui, en 1876, a décrit cette éruption, sous le nom de « érythème marginé en plaques discoïdes », et il l'a isolée de toutes les autres affections cutanées accompagnant la maladie de Bouillaud.

M. le Professeur Pellé nous a demandé d'étudier l'observation de notre malade qui présente des faits cliniques identiques à ceux décrits jusqu'à ce jour, mais différents par le terrain sur lequel la maladie a évolué (adulte dans le cas que nous avons observé), et par le pronostic porté à cette complication du rhumatisme articulaire aigu — pronostic qui a été relativement bénin chez le malade que nous avons suivi.

Historique

Il semble que la première description de l'érythème rhumatismal ait été faite par Rayet dans son « traité de maladies de peau », 2^e édition 1835. Il décrit, en effet, une éruption d'un type spécial qu'il appelle « éruption érythémateuse roséolée » ; celle-ci accompagnant un rhumatisme articulaire aigu très rebelle.

Dans son observation il écrit, en effet :

« A la poitrine, quatre ou cinq plaques arrondies d'un à deux pouces de diamètre, d'un rose pâle, ne disparaissant pas complètement à la pression du doigt ; le centre de quelques plaques semble déprimé ; sur l'abdomen, une zone rougeâtre festonnée, sa partie inférieure est limitée par un limbe blanchâtre... »

« ...Le malade n'éprouve ni chaleur, ni prurit, ni douleur, dans les parties qui sont le siège de l'éruption. »

Cette éruption roséolée correspond exactement à l'érythème discoïde, marginé, centrifuge, décrit par Besnier en 1876, dans le *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, dict. Delachambre, 3^e série, tome IV, page 609.

C'est, en effet, Besnier qui a le premier isolé l'érythème marginé rhumatismal des autres affections cutanées accompagnant les pyrexies de causes multiples.

Il l'a non seulement isolé, mais encore remarquablement décrit et noté la gravité qu'il donne au pronostic. Il l'a observé dans les rhumatismes articulaires aigus compliqués de cardiopathies.

À l'étranger, Lehndorff, Leiner, Leichtentritt et Wallgren, ont décrit l'affection en signalant la moindre rareté de ces accidents cutanés chez eux qu'en France. Ils donnent des statistiques assez fortes.

Lehndorff : 10 %;

Leichtentritt : 62 % des rhumatismes compliqués d'endocardite;

Wallgren : 12 %.

Grenet, en 1928, a publié plusieurs observations chez l'enfant; il a fait remarquer que tous les sujets atteints de l'érythème de Besnier faisaient une complication cardiaque de pronostic grave entraînant la mort chez plusieurs d'entre eux.

Depuis 1930, Grenet a publié d'autres cas identiques, en particulier dans le « Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris » du 6 juillet. Dans cette publication il dit que l'érythème annulaire rhumatismal n'a jamais été signalé chez l'adulte; il en conclut à une maladie propre à l'enfance.

Robert Debré, Lamy, et M^{lle} Jammet, en octobre 1936, dans le « Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris » ont montré la coïncidence de l'érythème rhumatismal et d'une streptococcémie.

Deshayes, de Tours, dans le « Centre Médical », en 1935, a publié également deux cas; il en aurait observé d'autres antérieurement, sans pouvoir à ce moment en définir la cause.

Dans le « Bulletin Mensuel de la Société de Médecine Militaire Française », Fribourg-Blanc, Grau et Blicher exposent « un cas de maladie rhumatismale à forme cutanée », se développant chez un jeune adulte.

Observations

Nous allons maintenant donner les diverses observations qui nous ont servi dans ce travail, en les classant d'abord chez l'adulte, ensuite chez l'enfant, afin de mieux les comparer, de juger des analogies et des différences qui existent entre elles.

OBSERVATION I (*Professeur PELLÉ, Rennes*). —

Notre malade est un homme de trente-trois ans, entré dans le service du Professeur Pellé le 14 août 1936 pour rhumatisme articulaire aigu. Au cours de cette affection, il a présenté un érythème marginé rhumatismal typique qui, après maintes récurrences, a complètement disparu en même temps que les signes de cardiopathie qu'il présentait.

Bien portant jusqu'à vingt ans, notre sujet a fait son service militaire au Maroc.

A ce moment, en 1923, il présente une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu : polyarthrite fébrile, frappant simultanément presque toutes les grosses articulations; s'accompagnant de céphalée, de fièvre élevée, de manifestations douloureuses au corps thyroïde.

La crise dure deux mois et semble finalement enrayée par la médication salicylée.

Au bout d'une convalescence de six semaines, notre malade reprend son service militaire qu'il poursuit pendant un an, jusqu'à sa libération normale.

Il semble qu'à ce moment, le cœur soit resté indemne.

Pendant la période de treize ans qui s'étend du service militaire à l'épisode actuel, il n'y a rien à signaler, sauf une blennorragie guérie sans séquelles, quelques troubles digestifs paraissant dus à un éthy-lisme chronique, enfin, une laryngite qui évolue par poussées à intervalles variables depuis 1926.

En avril 1936, à la suite d'une course de quelques centaines de mètres, il s'est senti très essoufflé et, depuis ce moment, il a remarqué que le soir, en s'allongeant dans son lit, il éprouvait des palpitations et une douleur précordiale. Dyspnée et douleurs n'ont fait qu'augmenter depuis. Il ne peut maintenant ni s'allonger complètement, ni se coucher sur le côté gauche.

A la même époque, il s'est mis à souffrir des articulations tibio-tarsiennes, si bien qu'à son entrée à l'hôpital, il ne peut à peine marcher.

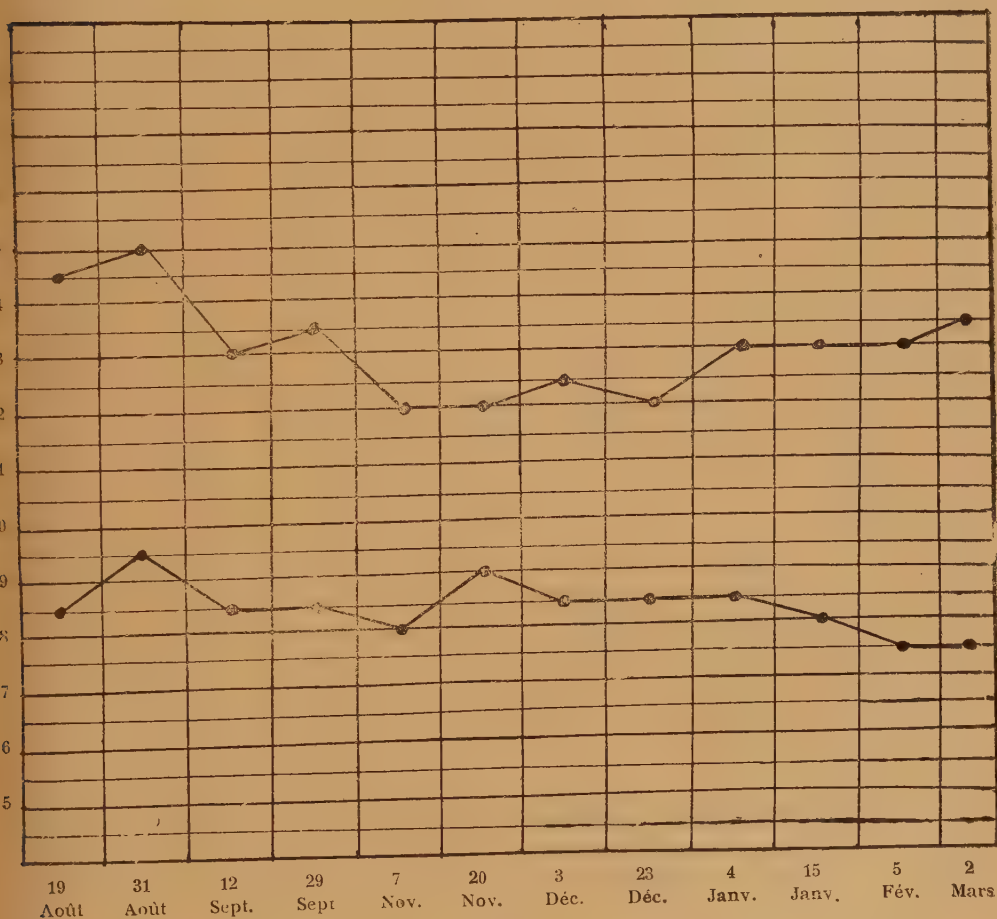
Il est fatigué et a un peu maigri.

Lors de son entrée, on constate d'une part des manifestations cardiaques et articulaires, d'autre part des troubles variés qui proviennent apparemment d'une intoxication éthylique.

Plusieurs articulations sont très douloureuses et un peu tuméfiées en particulier, les tibiotarsiennes et les genoux.

Mais, c'est surtout l'atteinte cardiaque qui prédomine : la pointe bat faiblement dans le cinquième

COURBES DES TENSIONS ARTÉRIELLES



espace intercostal gauche à trois travers du doigt du sternum, les bruits sont faibles. Il existe dans la région de la pointe un bruit de galop indiscutable. Enfin, le rythme est fréquemment coupé par des extrasystoles. Aux jambes, et aux lombes on note un léger œdème assez dur, vraisemblablement d'origine cardiaque.

L'orthodiagramme montre cependant des dimensions sensiblement normales.

$$D \ G' = 13$$

$$G \ G' = 8,5$$

$$D' \ G' = 11,5$$

$$D \ G = 6,5$$

$$D' \ G = 9,5$$

Calibre aortique = 31 m/m.

La pression artérielle au Vaquez est :

$$Mx - 14,5$$

$$Mn - 8,5$$

Cette tension a subi des variations par la suite, ainsi que le montre la courbe.

Rien à ce moment du côté des voies respiratoires, sinon que la voix est couverte et que l'examen du larynx montre une vascularisation exagérée des deux cordes vocales.

Les autres signes constatés chez notre malade nous paraissent dus à une intoxication éthylique, tels les troubles nerveux (crampes, reflexes rotuliens abolis), les troubles digestifs, l'hépatomégalie douloureuse; bien que cette dernière puisse être due également à un certain degré d'insuffisance cardiaque.

Ajoutons que la fièvre est peu intense, comme le montre la courbe : en moyenne 38°.



La quantité d'urine émise en vingt-quatre heures est de 500 c/c; pas d'albumine; pas de sucre.

Urée sanguine : 0,34.

Wassermann : négatif.

En résumé, il s'agit d'une deuxième crise de rhumatisme articulaire aigu, survenant treize ans après la première, et caractérisée par une atteinte polyarticulaire et par une myocardite.

Rien jusqu'alors que de banal, le sujet est soumis à une cure toni-cardiaque qui régularise le rythme et déclanche une diurèse abondante, en même temps qu'une thérapeutique salicylée par voie buccale est administrée pendant un mois.

Le malade reste fébrile, et les douleurs articulaires persistent, malgré la médication à laquelle il est soumis.

Le 24 septembre, au moment où la température s'élève de nouveau, une éruption apparaît pour la première fois.

Précédée et accompagnée d'un minimum de symptômes fonctionnels : légère brûlure plutôt que prurit véritable, elle s'étend en quelques heures à presque tout le corps, respectant le cou et le visage.

Elle est constituée par des plaques circulaires ou formant des segments de cercle nettement surélevés; le centre en est d'un jaune bistré, la périphérie d'un rose tendre, la plupart confluent en de larges nappes, surtout aux lombes et dans le dos.

Cette éruption est relativement fugace, elle commence à pâlir le deuxième jour; le troisième jour on ne remarque plus qu'une ligne légèrement rosée, démarquant le pourtour des plaques; le quatrième jour, elle est complètement disparue.

Elle ne s'accompagne d'aucun énanthème appréciable.

Bien différente de l'urticaire, elle rappelle certains aspects des érythèmes sériqués du neuvième jour. elle en diffère par l'absence du prurit.

Son apparition nous incite à demander de nouvelles précisions au laboratoire.

Deux hemocultures sont pratiquées sur bouillon peptonisé et sur culture ascite. Les résultats dans les deux cas ont été négatifs.

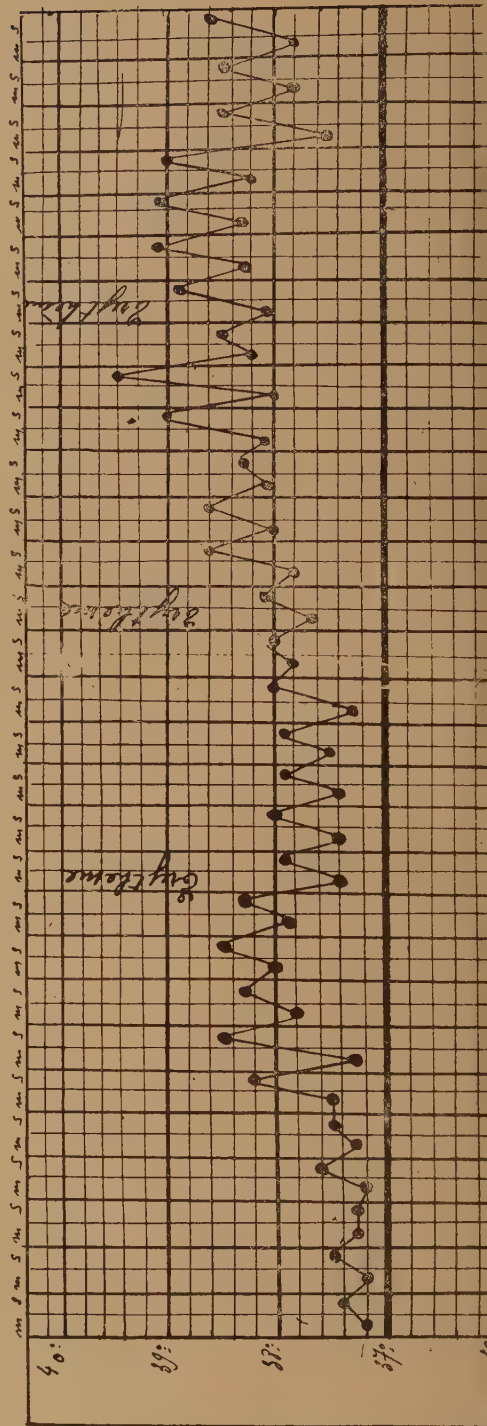
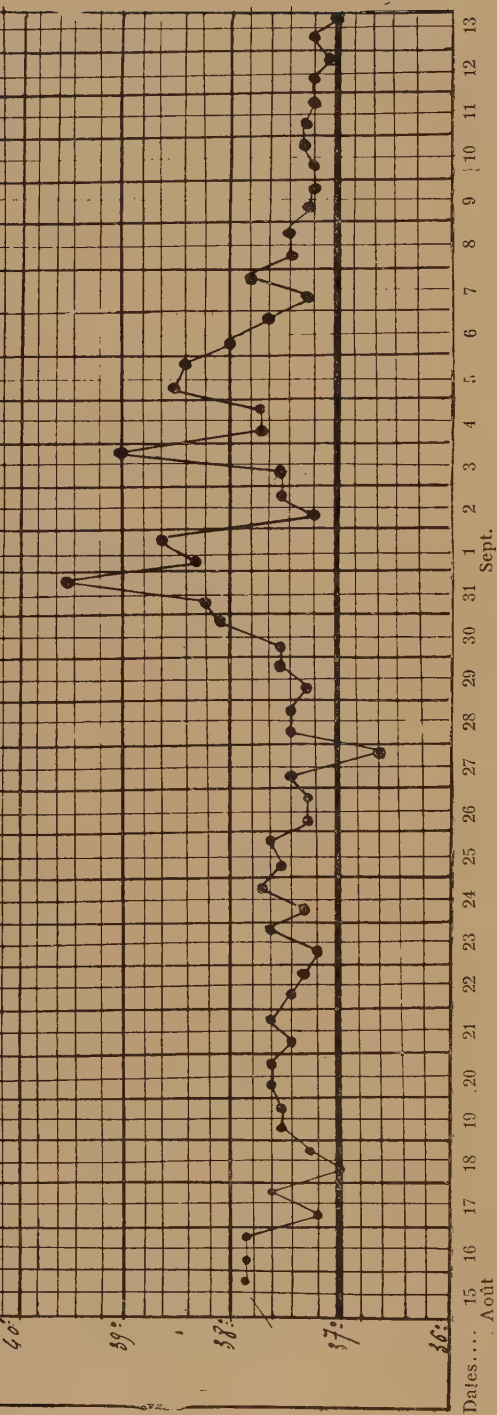
La formule leucocytaire montre :

	23-9-36	21-10-36	7-11-36
Globules rouges	4.200.000	3.900.000	3.550.000
Globules blancs	4.000	5.000	5.000
	dont		
Polynucléaires neutrophiles	71,6	60,3	57,2
Polyn. éosinophiles	2,2	1,5	6,3
Polynuc. basophiles	0,7	0,7	0
Moyens mononucléaires	1,5	24,6	20,2
Petits mononucléaires	6,8	6,9	5,7
Monocytes	12,2	5,3	10
Leucoblastes	0	0,7	0,5

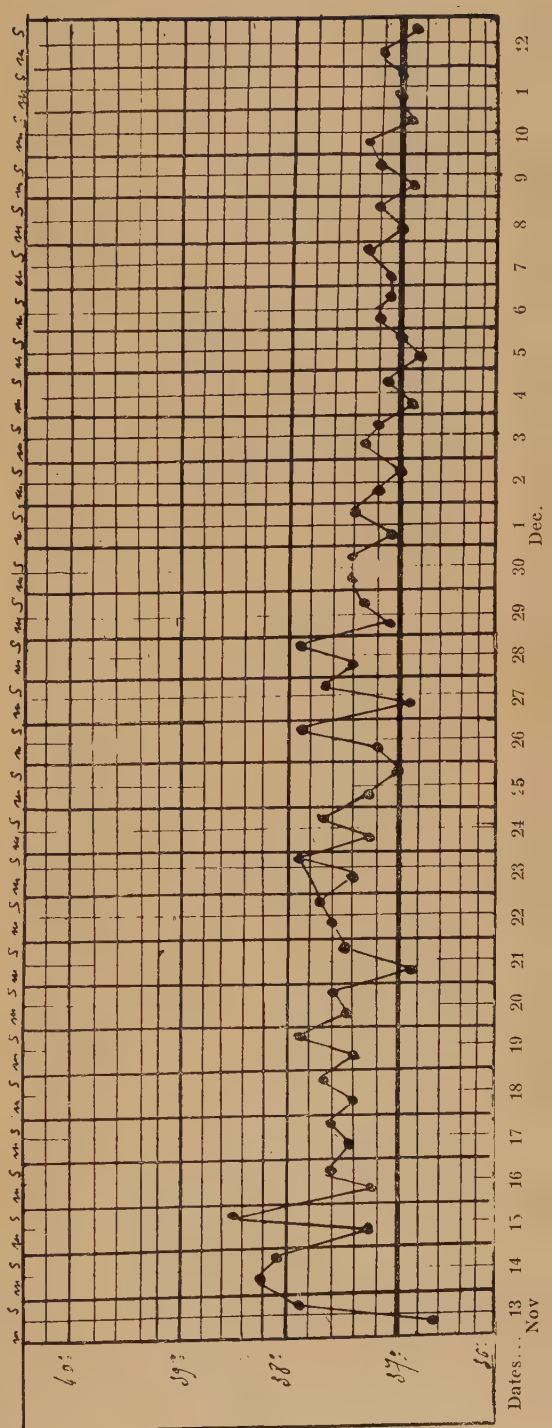
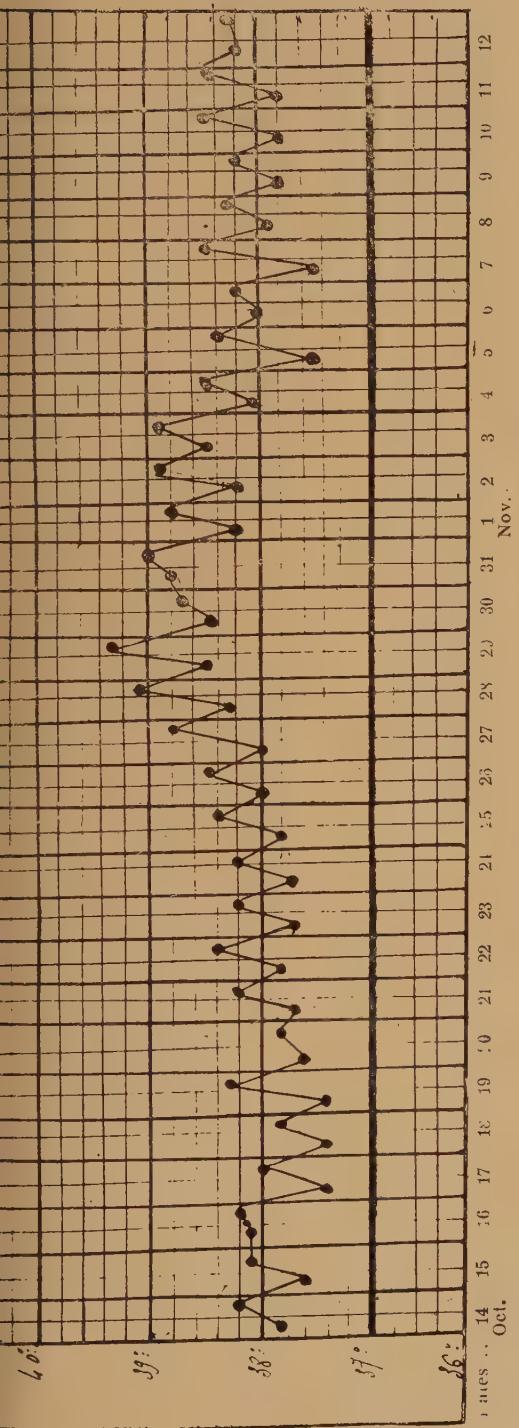
Pendant deux mois et demi, l'éruption récidive à de nombreuses reprises, chaque poussée durant environ trois à cinq jours et offrant chaque fois les mêmes caractères.

La médication salicylée est continuée par voie buccale et on lui associe 2 grammes par voie intraveineuse. Malgré cela, l'état du malade reste médiocre.

COURBE DES



TEMPÉRATURES



Le poids fléchit à 52 kilogrammes 900 (73 kg. 400 à l'entrée), l'appétit est nul, la fièvre oscille autour de 38°, les signes cardiaques restent ceux d'une myocardite ; tachycardie, l'arythmie extrasystolique du début a disparu, mais le bruit du galop persiste.

Le 15 novembre, on constate des signes d'épanchement pleural à la base droite; le liquide séro-fibrineux retiré contient de nombreux polynucléaires, quelques lymphocytes et quelques cellules épithéliales.

Les symptômes de laryngite persistant, la gorge est examinée de nouveau le 24 novembre; on trouve : une paralysie de la corde vocale gauche.

Cependant, depuis le 15 décembre, l'état s'améliore progressivement, l'éruption disparaît définitivement, l'épanchement qui n'avait été très abondant, se résorbe, les symptômes d'insuffisance cardiaque disparaissent, la température redevient sensiblement normale, l'appétit est excellent, le malade reprend du poids très rapidement et le 15 mars le poids du malade est redevenu normal.

Le 20 mars, le malade sort de l'hôpital; il ne présente aucun signe anormal à l'auscultation du cœur, sa tension est normale, et il se sent en parfait état de santé.

OBSERVATION II (RAYER en 1933). — « Rhumatisme très rebelle, éruption érythémateuse, roséolée, fugace, symptômes d'entérite et de bronchite ».

Le 19 janvier, Hautefeuille (Marie), bien portante et bien réglée habituellement, entre à l'hôpital; elle présentait depuis neuf jours une crise de rhumatisme articulaire aigu, caractérisée par une douleur au

genou et au cou-de-pied droit et dans la région lombaire.

Le 18 janvier les deux genoux sont douloureux, tuméfiés, sans changement de couleur de la peau, le pouls est rapide.

Le 20 janvier, soulagement.

Le 21, augmentation des douleurs, elles gagnent l'épaule droite.

Le 24, fatigue, pouls très fréquent et petit.

Les 26 et 27, la partie antérieure de la poitrine et de l'abdomen, et la région lombaire sont le siège d'une éruption roséolée. A la poitrine, quatre à cinq plaques arrondies, bien circonscrites, d'un à deux pouces de diamètre, d'un rose pâle, ne disparaissant pas complètement sous la pression du doigt; le centre de quelques plaques semble déprimé.

Sur l'abdomen existe une zone rougeâtre, festonnée, ondulée, sa partie inférieure est nettement limitée par un limbe blanchâtre, semblable à celui des plaques de la poitrine.

Il n'en est pas de même de la partie supérieure, dont la couleur rosée diminue insensiblement et se fond dans la peau saine.

La partie supérieure de la région lombaire offre quatre plaques semblables à celles de la poitrine; le reste du corps n'en présente point. La malade n'éprouve ni chaleur, ni prurit, ni douleurs dans les parties qui sont le siège de l'éruption, ce qui la distingue nettement de l'urticaire.

Le 28 janvier : l'éruption a disparu sur la poitrine; elle a pâli sur l'abdomen.

Le 29 janvier : disparition complète de toute éruption; les douleurs articulaires sont toujours très vives.

A partir du 4 février, les douleurs vont en s'atténuant.

Le 14 février, nouvelle poussée articulaire.

Le 18 février, la malade était bien.

Le 25 février elle put sortir de l'hôpital guérie.

OBSERVATION III (FRIBOURG-BLANC, GRAU, BLICHER, 15 octobre 1936). — Erythème marginé dans un rhumatisme articulaire aigu chez un adulte.

Le brigadier C... (Charles), âgé de 25 ans, entre le 13 janvier 1936. Il a présenté une première crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 16 ans. Il n'aurait point fait à ce moment de complications cardiaques.

Depuis le 10 janvier, fatigue, sueurs nocturnes; le 11, douleur articulaire du poignet droit.

Le 13 janvier, température à 38°, pouls 80, douleurs articulaires minimales.

Dès ce moment, on constate la présence, sur toute la région thoraco-abdominale, lombo-sacrée et sur les membres inférieurs, de très nombreux éléments éruptifs. Il s'agit de placards non prurigineux, arrondis ou polycycliques, dont la dimension varie de celle d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une pièce de cinq francs. Les plus étendus présentent une partie centrale un peu déprimée, pâle, de teinte chamois; leur bordure nette est rosée ou rouge et légèrement soulevée. Les plus petits sont d'un rouge vif uniforme. Il s'agit, sans discussion possible, d'un érythème marginé en plaques discoïdes de Besnier.

Du côté du cœur : souffle systolique à timbre doux à la pointe. Roulement diastolique, dédoublement du deuxième bruit. En résumé, le malade présente une maladie mitrale.

Au cours de l'évolution de la maladie, le sujet a présenté quelques poussées articulaires. L'érythème rhumatismal a été de très courte durée, mais s'est reproduit maintes fois dans les régions intéressées au début.

En plus, le malade a présenté des petites nodosités arrondies, ovalaires, ayant à l'examen histologique tous les caractères du nodule rhumatismal de Meynet.

Après un traitement salicylé prolongé, le malade est parti en congé le 30 avril, présentant une maladie mitrale vraisemblablement définitivement établie.

OBSERVATION IV (DESHAYES, octobre 1935). — M. D..., début de la maladie le 4 avril 1933 par douleurs articulaires, gonflement, fièvre. Traitement homéopathique jusqu'au 27 avril.

A ce moment, les articulations n'étaient plus gonflées et la douleur était minime, mais la température était de 39° le soir, l'état général très mauvais, il existait, en outre, un souffle systolique de la pointe, de la tachycardie, un épanchement pleural gauche abondant.

Le 29, augmentation de la température à 39°6 et apparition sur l'abdomen et les flancs d'une douzaine de taches rosées, nettement découpées, de la dimension d'une pièce de vingt francs actuelle.

Le malade a été soumis à une cure salicylée et après quatre mois de traitement, il est entré en

convalescence. Actuellement le malade est tout à fait bien portant.

OBSERVATION V. (GRENET et J. DELALANDE). —
Cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'érythème marginé chez un enfant de 12 ans.

R... (Marcel), 12 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs articulaires datant de six jours. Il présente une fièvre élevée (39°) et une pâleur marquée.

Les deux genoux très douloureux, sont le siège d'une hydarthrose nette; une éruption d'aspect spécial attire d'emblée l'attention : sur le ventre, les flancs, le dos, siègent des placards arrondis, polycycliques dont les dimensions varient de celles d'une pièce de cinq francs à celles d'une pièce de cinquante centimes. Ils forment un relief appréciable sur les téguments, les plus petits sont d'un rouge vif uniforme, les plus larges présentent une partie centrale déprimée, plus pâle, un peu cuivrée et une zone périphérique très rouge formant un bourrelet un peu saillant et qui représente la zone active d'extension. Il s'agit de l'érythème marginé en plaques discoïdes, décrit par Besnier et qui n'est qu'exceptionnellement rencontré.

En outre, il existe plusieurs masses ganglionnaires (bubons rhumatismaux de Brissaud).

Par la suite, une autre complication survient; c'est une pancardite rhumatismale (frottements péricardiques, souffle systolique mitral, bruits assourdis, collapsus), puis une pleurésie double.

Au bout de trois mois l'enfant est mort d'asystolie.

L'autopsie a confirmé le diagnostic.

OBSERVATION VI (GRENET). — Une fillette de 8 ans entre à l'hôpital, atteinte d'une pleurésie purulente. Elle avait été prise brusquement cinq jours auparavant de frissons et de fièvre.

A son entrée, elle était pâle, dyspnéique, à droite il existait des signes d'épanchement pleural; la ponction exploratrice avait ramené du pus, dont l'examen a montré la stérilité.

Ensuite, un symptôme nouveau est apparu : un frottement péricardique.

Rien de tout cela ne conduisait à faire le diagnostic de maladie rhumatismale.

Sur le thorax est apparu des éléments éruptifs : ils offraient tous les caractères de l'érythème rhumatismal en plaques discoïdes; c'est ce qui fit instituer le traitement salicylé à la dose de 10 grammes par jour.

Au cours de la maladie s'est développée une insuffisance mitrale et une congestion pulmonaire.

Avec le traitement tout est rentré dans l'ordre.

Un an après il ne persistait aucun symptôme de l'atteinte antérieure.

En 1933, c'est-à-dire cinq ans après, elle a présenté des douleurs articulaires légères, une asystolie fébrile et de nouveau un érythème identique à celui qu'elle avait présenté lors de sa première atteinte : hémoculture négative.

Un mois après elle meurt d'asystolie.

A l'autopsie on trouve : un gros cœur rhumatismal, une symphyse et des traces d'endocardite ancienne.

Histologie : myocarde bourré de nodules d'Aschoff.

OBSERVATION VII (GRENET 1936). — Cas d'érythème marginé au cours d'une deuxième atteinte de rhumatisme articulaire aigu chez un enfant de 14 ans.

Un garçon de 14 ans entre à l'hôpital le 16 janvier 1936 pour douleurs articulaires siégeant aux pieds : fatigue, fièvre $38^{\circ}5$, c'est un ancien rhumatisant dont la première attaque remonte à deux ans.

Le 17 janvier, dans la région scapulaire droite, face externe de la cuisse droite, sur la fesse droite; on constate la présence d'un érythème marginé typique. Les taches ont la dimension d'une pièce de deux francs; certaines ont fusionné en larges placards à contours polycycliques, leur centre est jaune pâle, bordure nette, rose bien accusé. Elles ne s'effacent pas à la pression du doigt, pas de prurit.

L'érythème est très peu visible le matin, à la fin de la journée il ne persiste plus que les contours; le lendemain, traces à peine apparentes.

Le malade affirme que depuis un mois une éruption semblable et aussi fugace s'était produite à plusieurs reprises.

Deux jours après l'éruption : endocardite; l'évolution fébrile se poursuit malgré le traitement.

Au début d'avril, les arthralgies reparaissent en même temps que s'accroissent les signes cardiaques qui décèlent une double lésion mitrale et une insuffisance aortique.

Vers la fin d'avril, nouvelle poussée articulaire et récurrence de l'érythème qui ne persiste que vingt-quatre heures.

OBSERVATION VIII (GRENET). — Erythème marginé rhumatismal récidivant chez une fillette de 13 ans.

Une fillette de 13 ans entre à l'hôpital Bretonneau le 17 avril 1936 pour rhumatisme de moyenne intensité avec température à 39°3, avec souffle systolique de la pointe.

23 avril : elle était apyritique quand le 23, signes d'insuffisance cardiaque : dyspnée, cyanose, râles fins aux bases, la température montait à 38°5 et s'y maintenait.

Le 28 : apparition sur les flancs et la poitrine de taches d'un rose pâle de dimensions d'une pièce de deux francs à une pièce de cinq francs; elles étaient cernées d'une bordure très nette, non prurigineuse.

Le lendemain matin elles étaient à peine visibles.

Le 14 mai : nouvelle poussée éruptive à la partie inférieure du thorax.

Le 29 mai : poussée fébrile à 39°5, angine; le lendemain, taches chamois à contours polycycliques, douleurs articulaires.

Le 5 juin : signes de défaillance cardiaque, bruit de galop.

Le 18 juin : sans cause apparente, sans poussée évolutive nouvelle, apparition d'un érythème annulaire polycyclique sur l'avant-bras gauche; disparition complète le lendemain.

OBSERVATION IX (DEBRÉ 1936). — L'enfant P... (Jean-Pierre), 11 ans est pris le 30 novembre 1935 d'une fièvre élevée et de douleurs très vives dans la continuité des membres.

Trois jours plus tard, sur l'abdomen et sur les flancs apparaissent des éléments érythémateux, annulaires, extrême fugaces.

Le 3 décembre : douleur extrêmement vive à la hanche droite, la température s'élève à 40°; une hémoculture sur bouillon ascite montre la présence de streptocoques anhémostoliques.

Trois jours après apparaissent sur l'avant-bras des macules rose cuivré, à contours irréguliers, parfois confluentes. Le lendemain, aspect annulaire de l'éruption.

Le premier bruit est assourdi et se transforme en quelques jours en souffle d'insuffisance mitrale typique.

Du 30 novembre jusqu'au 6 août 1936, le malade a présenté des poussées de température, des accidents d'insuffisance cardiaque avec hépatomégalie et œdème pulmonaire.

A l'occasion de chaque poussée, l'érythème est reparu et a revêtu chaque fois le même aspect qu'au début de la maladie.

L'enfant a quitté le service le 6 août 1936, onze jours plus tard il rentrait; il présentait de nouveau un érythème annulaire typique.

OBSERVATION X (DEBRÉ 1936). — Ro... Yvon, 12 ans, a déjà eu depuis l'âge de 8 ans quatre crises de rhumatisme articulaire aigu.

Le 29 avril 1936 il entre à l'Hôpital Hérold pour une nouvelle crise évoluant depuis deux mois.

A ce moment, sur l'abdomen et sur la face postérieure des cuisses, il existe un érythème marginé.

L'auscultation révèle la présence d'un souffle systolique d'insuffisance mitrale; la température oscille entre 37° et 38°. Au bout de quelques jours l'éruption s'efface.

Le 15 mai, l'enfant quitte le service sans avoir fait de nouvelles poussées.

OBSERVATION XI (DEBRÉ 1936). — Da... (Raymonde), 8 ans, entre à l'Hôpital Hérold le 13 mai 1936. A l'âge de 6 ans elle a été soignée pour une chorée compliquée d'accidents cardiaques. Depuis, elle a présenté plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu.

Du 13 au 23 mai 1936, la température est restée aux environs de 38°. L'auscultation a permis d'entendre un souffle typique d'insuffisance mitrale et la radioscopie a montré une grosse augmentation des dimensions cardiaques.

Sur la région lombaire et sur l'avant-bras droit, on a noté la présence d'éléments érythémateux grêles, délicatement dessinés, ayant l'aspect de l'érythème annulaire et qui ont persisté pendant la durée de l'observation.

OBSERVATION XII (DEBRÉ 1936). — Pe... (X.), 12 ans, hospitalisé aux Enfants Malades en 1924, a été traité pour une crise grave de rhumatisme articulaire aigu, avec atteinte cardiaque (endocardite, myocardite, péricardite) en même temps présence d'érythème marginé.

Deux hémocultures ont montré dans le sang la présence de streptocoques anhémostiques.

OBSERVATION XIII (DEBRÉ 1936). — Gai... (Yvette) 6 ans 1/2, présente depuis trois jours des douleurs abdominales. Admise au bout de trois jours à l'Hôpital Hérold le 9 juillet 1934, on constate chez elle l'existence d'une polyarthrite, d'un souffle systolique, d'une fièvre dépassant 38°.

Enfin, sur toute la surface du thorax existe une éruption constituée par des éléments à centre pâle, bordés d'un anneau rose vif, dont certains sont réunis en placards polycycliques.

Au bout de quelques jours, le tout a disparu, et l'enfant quitte l'hôpital.

OBSERVATION XIV (DESHAYES 1934). — En décembre 1934, Guy... G..., âgé de 7 ans 1/2, présente une affection qui a débuté le 28 décembre par de la fièvre (39°) et par des crises d'étouffement survenues la nuit; il a le faciès congestionné, les jugulaires turgescents.

Presque aussitôt apparaît une éruption de disques surélevés, bien limités, prédominant sur les membres, il y a déjà un léger souffle systolique à la pointe du cœur, léger épanchement pleural gauche.

L'enfant est soumis malgré l'absence de douleurs articulaires à un traitement salicylé.

En vingt-quatre heures l'éruption a pâli et le lendemain elle a disparu.

Le 3 janvier : recrudescence de la température; réapparition de l'éruption avec douleur articulaire du genou. Tout cède à une médication salicylée énergique.

Le 14 : douleur à la miction et hématurie.

Le 16 : température à 39°.

Le 17 : mort par embolie pulmonaire vraisemblablement d'origine cardiaque.

Aperçu clinique et pathogénique

1° *MODES D'APPARITION.*

L'érythème annulaire rhumatismal apparaît au début, au cours, ou au déclin de la maladie. Tous les cas publiés accompagnaient une cardiopathie grave.

Souvent l'apparition de l'éruption est marquée par une recrudescence de température et des phénomènes généraux. Dans quelques cas, au contraire, il apparaît sans cause, sans que l'état du malade ait changé; ce n'est que par un examen attentif et journalier qu'il peut être décelé.

L'érythème peut précéder les phénomènes articulaires et même dans les cas de maladie rhumatismale où les seules manifestations relèvent d'atteintes viscérales, l'éruption cutanée peut être d'un grand intérêt diagnostique et permettra d'instituer le traitement salicylé à bon escient. C'est le cas communiqué par Grenet dans la *Presse Médicale* en mars 1930, et dont nous avons résumé l'observation (Observation VI).

Dans tous les cas, le début est brusque, en quelques heures elle s'étend à tout le corps (sauf le cou et la face) et est à ce moment à son maximum d'intensité.

2° *DESCRIPTION DE L'ÉRUPTION.*

a) *SIÈGE.* — Cette éruption est constituée par un érythème siègeant de préférence sur le thorax, les

lombes, l'abdomen, les bras, les avant-bras, les cuisses, les fesses, les jambes. Elle respecte toujours la face où on ne l'a jamais noté.

b) CARACTÈRES. — L'exanthème est constitué par des placards circulaires ou semicirculaires de la dimension d'une pièce cinquante centimes à celle d'une pièce de cinq francs. Les bords sont nets, formant des cercles, des contours polycycliques festonnés; ces bords sont surélevés, de couleur rose ou rouge.

Le centre de l'élément est formé soit de peau saine, soit le plus souvent, il a une coloration cuivrée, chamois ou jaune bistré.

Les éléments peuvent être isolés ou bien, au contraire, être confluent et former de larges placards à contours festonnés. Chez le même malade, on peut d'ailleurs trouver ces deux modalités.

L'éruption ne provoque chez le malade aucune sensation de prurit ni de douleur. Quelquefois il existe une légère impression de cuisson à ce niveau; c'est le cas du malade que nous avons observé.

La palpation de l'éruption ne provoque également aucune sensation de douleur.

On n'a jamais constaté jusqu'ici la présence d'érythème.

ÉVOLUTION.

Deux caractères très importants sont à signaler dans l'évolution de l'érythème marginé rhumatismal.

a) SA FUGACITÉ. — La durée de l'éruption est courte, trois à quatre jours environ : la plaque s'étale, s'élargit par sa périphérie; les plaques rapprochées

confluent; le centre qui était bistré ou cuivré, pâlit et reprend peu à peu l'aspect normal de la peau.

Le pourtour de rouge devient rose pâle, moins saillant, puis s'efface complètement.

En général, au bout de quatre jours, il ne subsiste plus de traces de cet érythème.

b) SES RÉCIDIVES. — Après un temps variable, quelques jours, quelques semaines, ou même quelques mois, l'exanthème réapparaît avec les mêmes caractères; il peut être précédé ou accompagné d'une aggravation de la maladie rhumatismale en cours. Ces récidives peuvent se reproduire très souvent au cours de l'affection.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'érythème marginé rhumatismal est surtout observé chez l'enfant entre 6 et 14 ans. Son apparition fait porter un pronostic très réservé, ainsi que le montre les différentes observations publiées jusqu'à ce jour, car, dans tous les cas observés, le malade était atteint d'une cardiopathie rhumatismale.

Dans certains cas même, comme dans l'Observation VIII, l'apparition de l'érythème rhumatismal peut faire prévoir à brève échéance, une atteinte cardiaque rhumatismale grave et faire porter un pronostic très sévère.

PATHOGÉNIE.

Plusieurs hypothèses ont été émises.

Chez notre malade on peut envisager la théorie de Darrier sur les érythèmes et en particulier ceux qui présentent l'aspect de placards marginés. Il pense que

l'éruption serait due à une sensibilité spéciale de la peau, à un phénomène d'allergie individuelle.

Celle-ci pourrait expliquer la production de l'érythème chez notre sujet, il présentait, en effet, un dermographisme très accentué, dermographisme qui indiquerait un caractère de sensibilité particulière de la peau.

D'autre part, il était éthylique avec gros foie et insuffisance hépatique; or, nous savons que ces malades font de fréquentes éruptions cutanées; on serait en droit de se demander si l'insuffisance hépatique de notre malade ne serait pas une cause prédisposante à son érythème rhumatismal.

En 1936, Debré fait remarquer la fréquence avec laquelle on trouvait dans le sang des malades atteints d'érythème rhumatismal, un streptocoque anhémostylique ayant tous les caractères du streptocoque viridans; l'érythème pourrait être dans ces cas d'origine septécémique.

La température constante avec poussées en clochers pourrait, dans notre cas, être due à une septicémie à streptocoques avec décharges de germes dans le sang, décharges qui correspondraient aux poussées de température.

L'hémoculture a cependant été négative, mais malgré ceci, nous ne devons pas rejeter l'idée de septicémie; la stérilité d'une culture n'en est pas une preuve formelle; on ne peut trouver un exemple plus frappant que la maladie d'Osler, où l'hémoculture ne révèle le streptocoque viridans que par intermittences assez rares.

Le germe découvert au cours de l'érythème rhumatismal a une analogie frappante avec le streptocoque

viridans, il ne serait donc pas illogique de penser que comme ce dernier, le streptocoque de la maladie rhumatismale serait très difficile à cultiver.

On a également trouvé du streptocoque anhémo-lytique dans le rhumatisme articulaire aigu sans complications cutanées, la septicémie ne provoquerait l'érythème que dans un petit nombre de cas; elle n'est donc pas suffisante pour expliquer l'apparition de l'éruption; il faut qu'il y ait pour cela, chez le malade une prédisposition due à une sensibilité spéciale de la peau.

Etude comparative de l'Erythème rhumatismal chez l'enfant et chez l'adulte

L'observation que nous apportons est en résumé celle d'un malade qui a présenté une deuxième crise de rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme polyarticulaire compliqué de myocardite. Dans le cours de la maladie, on a constaté la présence d'un érythème marginé rhumatismal.

L'analyse du sang montre une anémie, ce qui est compatible avec le rhumatisme articulaire aigu.

La formule leucocytaire indique une légère éosinophilie fréquente chez les rhumatisants.

Par sa forme, ses caractères, l'affection est identique à celles déjà décrites antérieurement; on trouve chez notre malade la coïncidence, signalée dans les autres cas, de l'érythème annulaire marginé rhumatismal avec une atteinte cardiaque : endocardite, myocardite ou péricardite.

Deux points intéressants sont cependant à signaler dans l'observation de notre malade : d'une part la maladie rhumatismale a évolué chez un adulte, et, d'autre part, le pronostic a été plus bénin que dans la majeure partie des cas publiés.

a) L'affection a évolué chez un adulte. Jusqu'à ce jour, on a surtout décrit l'érythème rhumatismal

chez l'enfant, cette complication n'était pour ainsi dire pas connue chez l'adulte, c'est d'ailleurs ce qui a fait dire à Wallgren dans *Acto paediatrica*, en 1935, « que le manque de description de l'érythème rhumatismal peut être dû au fait que cet érythème ne survient pas du tout chez l'adulte »; il ajoute plus loin « la rencontre de l'érythème annulaire chez l'adulte est inconnue en Suède. »

Grenet, dans le « Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris » du 26 juin 1934 a écrit : « L'érythème annulaire ne se verrait guère que chez les enfants, on ne l'aurait pas décrit chez l'adulte ».

Il ajoute cependant plus loin :

« Pourtant Lehndorff a appris par des conversations avec Decastello, qu'il survient absolument identique chez les jeunes adultes et qu'il présente alors la même valeur diagnostique. Il me paraît légitime de rappeler que les faits signalés autrefois par Rayer et par Besnier concernaient des adultes. »

L'érythème rhumatismal survient, en effet, chez l'adulte avec la même forme et dans les mêmes conditions que chez l'enfant.

Rayer, comme l'a fait remarquer Grenet, a signalé un cas typique dont nous avons donné le résumé de l'observation.

Besnier a décrit cette affection, non pas chez l'enfant, mais chez des adultes qu'il a observés.

Depuis les récents travaux qui ont été faits, d'autres cas ont été remarqués, notamment ceux de Deshayes et de Fribourg-Blanc.

Tous ces malades adulte ont eu une affection identique quant à la forme et l'évolution de l'éruption

qu'ils ont présenté. L'atteinte rhumatismale a été très sévère, la température rebelle, oscillante avec exacerbations, chez eux, l'érythème a été accompagné d'endocardite ou de myocardite évoluant par poussées coïncidant souvent avec l'apparition d'érythème marginé et d'un état général plus mauvais.

Si les observations chez l'adulte ont été très rares jusqu'ici, il faut peut-être incriminer les connaissances un peu obscures que l'on possédait sur l'érythème marginé rhumatismal, qui n'était pas très bien isolé des autres affections cutanées qui se rencontrent fréquemment au cours du rhumatisme articulaire aigu. Avant les récentes publications de Grenet et de Debré, bien des cas ont sûrement été ignorés.

L'adulte serait également plus réfractaire que l'enfant à cette complication; la maladie rhumatismale chez un individu âgé évolue généralement d'une façon moins aiguë. C'est chez l'enfant que s'observe les températures les plus élevées, les formes cérébrales, le plus de complications cardiaques graves; c'est entre 6 et 14 ans que la maladie rhumatismale a la plus grande fréquence.

Il est à remarquer que notre malade présente un éthylisme très avancé (tremblement, abolition des reflexes rotuliens), éthylisme qui l'a prédisposé à présenter une forme sérieuse de rhumatisme articulaire aigu.

b) La maladie rhumatismale a évolué d'une façon relativement bénigne.

L'état du malade au début et au cours de son affection faisait craindre une issue fatale, les signes généraux, l'atteinte cardiaque très prononcée, la

température persistante et enfin, l'apparition de l'érythème faisaient porter un très mauvais pronostic. Or, après une période stationnaire incertaine, l'état s'est progressivement amélioré et après huit mois de traitement, il est sorti guéri de l'hôpital.

Dans l'observation de Rayer, la malade après avoir été atteinte très sérieusement est sortie guérie quarante-sept jours après le début de sa maladie.

Le sujet examiné par Dehayes a également vu son état s'améliorer et a été guéri après quatre mois de traitement salicylé.

Fribourg-Blanc dans l'Observation III expose le cas d'un adulte qui, après avoir fait un rhumatisme articulaire aigu avec érythème marginé est sorti convalescent après quatre mois de soins; il persiste chez lui une maladie mitrale définitive.

Si l'on compare ces observations à celles publiées chez l'enfant, on constate que celui-ci présente une forme plus grave, se terminant très souvent par la mort; tels les cas publiés par Grenet et Debré; Dehayes en a également observé un cas mortel.

L'adulte résisterait donc bien mieux à l'affection et nous n'avons pas encore trouvé chez lui de cas d'érythème rhumatismal se terminant par une issue fatale.

CONCLUSIONS

1° L'érythème rhumatismal est formé de plaques à contours polycycliques de couleur jaune bistré, son début est brusque, son évolution fugace.

Cet érythème est spécifique au rhumatisme articulaire aigu.

2° Il est surtout rencontré chez l'enfant, exceptionnel chez l'adulte où seulement trois cas ont été signalés; que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte, l'aspect de l'éruption est identique.

3° Il est toujours accompagné de cardiopathie qu'il peut même précéder, dans ce cas son apparition doit faire présumer une atteinte cardiaque qui se précisera ultérieurement.

4° L'érythème annulaire a une grande valeur pronostique; chez l'enfant, il fait prévoir une atteinte longue, récidivante, et une terminaison souvent fatale.

Chez l'adulte, le pronostic est bien plus bénin.

5° L'apparition de l'érythème marginé avant toute manifestation articulaire permet quelquefois de diagnostiquer la maladie rhumatismale. (Cas de l'Observation n° VI).

Vu

et permis d'imprimer :

LE RECTEUR
de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY.

Vu :

Le Président de Thèse :
ROBERT DEBRÉ.

Vu :

Le Doyen :
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABT. — *Erythème annulaire rhumatismal* (The American Journal of the Medical Sciences, Décembre 1935).
- BESNIER. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Dictionnaire Delachambre, tome IV).
- CAROL et VAN VIRICKEN. — *L'Histologie pathologique de l'Erythème annulaire de Lehdorff et Leiner* (acta paediatrica 17, fasc. 3, 30 mars 1935).
- DEBRÉ, LAMY, M^{lle} JAMMET. — *Erythème annulaire rhumatismal et streptococémie à streptococcus viridans* (Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 19 octobre 1936).
- FRIBOURG-BLANC, GRAU, BLICHER. — *Un cas de maladie rhumatismale à forme cutanée* (Bulletin Mensuel de la Société de Médecine militaire française, 1935).
- GRENET et J. DELALANDE. — *Le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant* (Archives de Médecine des enfants, n° 8, août 1928, page 453).
- GRENET. — *Les formes extra articulaires de la maladie rhumatismale* (La Presse Médicale, 12 mars 1930, page 353).
- GRENET. — *Les formes cliniques de la maladie rhumatismale* (Rhumatisme articulaire aigu et formes extra-articulaires).
- Deuxième Congrès International contre le rhumatisme*, Liège 1930 (Le Monde Médical, 1^{er} octobre 1930, page 809, et acta rheumatologica, février 1931, page 13).
- GRENET. — *Erythème annulaire rhumatismal* (Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 6 juillet 1936).

LEHNDORFF et LEINER. — *L'Erythème annulaire : un érythème typique dans l'endocardite* (Zeitschr. f. Kinderheilk, 32, 1922.).

LEICHTENTRITT. — *L'infection rhumatismale dans l'enfance* (Ergebn. der inner, mediz und Kinderheilk, 37, 1930).

LEMIERRE, REILLY, P. DE FONT-RÉAULT. — *Streptococcus viridans atypique dans une endocardite lente rhumatismale*, 1935, tome I, page 128, Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

RAYET. — *Traité des maladies de la peau*, tome I.

WALLGREN. — *Etude de l'érythème annulaire rhumatismal* (acta paediatrica 17, fascicule 4, 24 juin 1935).

DESHAYES. — *Sur l'érythème discoïde rhumatismal*, Société de Médecine du Loiret, séance du 16 octobre 1935 (Centre Médical, novembre 1935).
